

Из Брянского кожно-венерологического диспансера (зав. д-р Т. М. Юринов).

Применение сернокислой магнезии для лечения эссенциального недержания мочи.

Т. М. Юринов.

Еще недавно сернокислая магнезия ($MgSO_4$) была известна только как слабительное средство, да и то уступающее сернокислому натру. Но с тех пор, как Мельцер и Ауер в 1905 году показали, что $MgSO_4$ при парентеральном введении является сильным гипнотическим и антиспазматическим средством, круг показаний к применению $MgSO_4$ начал быстро расширяться.

В настоящее время $MgSO_4$ нашла себе применение в целом ряде дисциплин: в невропатологии (при столбняке, хорее, мисклонии, табетических кризах, энцефалии, спазмофилии и др. нервных и психических заболеваниях); в акушерстве (при эклампсии, обезболивании родов); в хирургии (для анестезии и местного лечения ран); в педиатрии (при коклюше); во внутренней клинике (при бронхиальной астме, эмфиземе, привычных запорах и др.) и, наконец, в урологии при нарушениях мочеиспускания и расстройствах половой функции. Мы в своей практике начали применять $MgSO_4$ с 1928 г. За это время у нас накопился значительный опыт, которым мы и позволим себе поделиться. Вначале мы пытались применять $MgSO_4$ при различных расстройствах мочеполовой функции, но, заметив наиболее отчетливое действие при ночном недержании, мы в дальнейшем фиксировали свое внимание именно на этом заболевании. За 8 лет у нас накопилось 114 законченных лечением и прослеженных случаев ночного энуреза (73 мужч. и 41 женщ.). В эту группу вошли только случаи т. н. эссенциального недержания мочи. Мы считали противопоказанными тех больных, у которых можно было обнаружить те или иные органические изменения в мочеполовой системе (пацилломатоз, тригониты, простатиты, различные воспалительные процессы в задней урестре и т. д.) В $\frac{2}{3}$ случаев ночного недержания мочи мы не в состоянии были, при самом тщательном урологическом обследовании, выяснить этиологию и патогенез этого страдания. Эта группа больных и составила наш материал для наблюдений. По возрасту у нас преобладали подростки—от 6 до 10 лет—13 чел., от 10 до 15 л.—46 чел., от 15 до 20 л.—37 чел., старше 20 л.—18 чел. Начало заболевания у наших больных относится к раннему детству и лишь у 10 мальчиков и 3 девочек заболевание развилось в 7—8-летнем возрасте. У большинства наших пациентов недержание наблюдалось систематически каждую ночь, а иногда и два раза за ночь. Реже недержание носило характер более легкого страдания. В перво-психическом статусе наших больных весьма определенно отмечается повышенная нервность, раздражительность, стойкий красный дермографизм и др. явления реактивного

невроза. Но следует ли трактовать эти состояния как причину или как следствие основного заболевания, мы сказать затрудняемся. Явно умственно-отсталых, даже с признаками дегенерации, мы имели в своем материале 6 пациентов. Результаты лечения для краткости суммированы в следующей таблице:

	Стойкое выздоровление	Стойкое улучшение	Времен. улучшение	Отсутствие успеха
Количество случаев . . .	43	30	18	23

Все пациенты прослежены нами не меньше 3—6 месяцев после окончания лечения. В первые 2 года мы пользовались методикой применения $MgSO_4$ в соответствии с точными указаниями, приведенными в работах Войташевского, а также Лейбфрейд и Тухшид, т. е. мы применяли ежедневные внутримышечные инъекции 25% водного раствора в дозах от 1 до 3 см³, 18—20 дней подряд. Однако клинические наблюдения показали явную недостаточность вышеприведенной разовой дозировки, особенно для взрослых, поэтому мы выработали свою схему лечения, дававшую нам более отчетливый и быстрый эффект. У взрослых мы начинали с 5 см³ и, увеличивая ежедневно по 1 см³, доводили до 8 см³, и проделывали всего 8—10 ежедневных инъекций. У детей разовая доза соответственно возрасту уменьшалась. Никаких побочных явлений мы не наблюдали, за исключением умеренной болезненности на месте инъекции и, иногда, скоропреходящей слабости и головокружения. Обычно уже после 2—3 инъекций больные отмечают явственное улучшение, которое при дальнейшем лечении переходит в выздоровление. Если не наступало стойкого выздоровления, то мы, обычно через 2 недели, проделывали второй такой же курс из 8—10 инъекций. Для иллюстрации мы позволим себе привести несколько наиболее характерных выдержек из историй болезни.

1. Больной Михаил П., 18 л. Ночной энурез с детства. Братья и сестры здоровы. Попытки разнообразного лечения безуспешны. Невзирая на старания больного, редкая ночь проходит благополучно. Со стороны нервной системы—реактивный невроз. Со стороны мочеполовой системы—органических изменений обнаружить не удалось. Моча N. Вместимость мочевого пузыря около 300 см³. Днем позывы—N. 11, X 1931 г. начато лечение инъекциями 25% $MgSO_4$ в дозах от 5 до 8 см³. Прделано 8 инъекций. Недержание прекратилось, но с 26. X—возобновилось. Больной лучше удерживает мочу. Недержание наступает все же через 2—3 дня во время глубокого сна. С 5. XI проделан второй такой же курс из 8 инъекций, после чего стойкое выздоровление. Контроль до настоящего времени.

2. Больной Геннадий X., 15 л. Обратился 16. XI 1936 года по поводу ночного недержания мочи с детства. 3 брата и 2 сестры здоровы. Со стороны мочеполовых органов никаких отклонений. Моча—норма. Повышенная нервность. По поводу недержания лечился безуспешно, получая то свечи с белладонной, то электризацию, то теплые ванны. С 20. XI назначены инъекции 25% $MgSO_4$ в дозе от 3 до 6 см³. С 24. XI недержание прекратилось. 28. XI инъекции закончены. Выздоровление. Одновременно улучшился сон и общее состояние. Контроль 15. I и 20. III 1937 г. подтвердил стойкий результат.

В случаях рефрактных к данному способу лечения улучшение либо не наблюдается совсем, либо имеется лишь временный эффект.

Таким образом наши клинические наблюдения подтверждают значительную эффективность применения $MgSO_4$ в случаях эссенциального недержания мочи. В 37,7% случаев получено стойкое излечение и в 26,3%—улучшение, только в 36% случаев не получили эффекта. Ни один другой метод лечения ночного энуреза не дает такого высокого процента выздоровлений и улучшений. Некоторые наши пациенты безуспешно испробовали самые разнообразные методы лечения и совершенно разуверились в возможности излечения. И однако же от $MgSO_4$ мы получили хороший результат. Эти случаи позволяют исключить значение суггестии при данном методе. Вообще же механизм действия $MgSO_4$ не совсем ясен.

Сернистая магнезия впервые была применена Войташевским при спастической задержке мочи на почве дорзального миелита. Результат—полное восстановление мочеиспускания. Вслед за этим Файи опубликовал работу, в которой описал благотворное действие $MgSO_4$ при различных расстройствах мочеиспускания на почве поражения центральной нервной системы. Он же испробовал впервые $MgSO_4$ при ночном энурезе в 2 случаях, причем в одном получил излечение. Далсс, Лейбфрейд и Тухшнид испытали действие $MgSO_4$ у 10 детей и получили после 20 инъекций излечение у 6 больных, улучшение у 2 и отсутствие эффекта у 2. Все авторы склонны отнести благотворное влияние $MgSO_4$ за счет ее антиспазматических свойств, поэтому и рекомендуют применять при спастических расстройствах мочеиспускания. Войташевский, на основании экспериментального изучения этого вопроса, приходит к выводу, что $MgSO_4$ оказывает благотворное действие в 2 случаях: а) при задержке мочи, зависящей от повреждения спинного мозга и б) в случаях недержания мочи спастического происхождения в зависимости от повышенной возбудимости центральной нервной системы.

Наши клинические наблюдения также говорят за то, что положительный эффект чаще всего может быть объяснен антиспазматическими свойствами препарата. Но вместе с этим клиника неоднократно давала нам повод убедиться в том, что при ночном недержании дело не ограничивается только антиспазматическими свойствами $MgSO_4$. За это говорят, правда единичные, случаи „парадоксального“ действия препарата при атоническом недержании мочи. Особенно убедительным мне кажется следующий случай.

Больная М-ова, 32 л., обратилась 4. 11. 1935 г. с жалобами на то, что у нее в течение последних 4 лет наблюдается потеря мочи при чихании, при смехе, при кашле, при каждом толчке во время ходьбы и т. д. Заболевание развилось после родов. Ночью недержания нет. В связи со своей болезнью больная не может находиться в обществе. Состояние нервной системы угнетенное. В моче ничего патологического. Вместимость мочевого пузыря около 250 см³. Цистоскопическая картина—норма. При надавливании рукой на живот легко удается вызвать выделение введенной для цистоскопии жидкости. Таким образом мы имеем перед собой дневное недержание мочи на почве атонии сфинктера. Считая $MgSO_4$ в данном случае показанной, мы все же назначили ей по нашей обычной схеме от 5 до 8 см³—10 инъекций. Результат превзошел наши ожидания. Уже через 4 инъекции больная заметила отчетливое улучшение, а после 10 инъекций наступило излечение. Больная могла смеяться,

кашлять, чихать и оставаться сухой. Результат был стойкий, но мы через 2 недели, по настоянию больной, все же проделали ей еще курс инъекций $MgSO_4$. Наблюдения в течение 6 месяцев показали, что излечение стойкое.

Вместе с этим у нас было 3 случая так называемого спастического энуреза с повышенной раздражительностью детрузора, где теоретически можно было ожидать хорошего результата от применения $MgSO_4$ и где мы не получили никакого эффекта. Эти факты заставили нас отказаться от деления на атонические и спастические формы болезни и говорить только об эссенциальном энурезе. Тем более, что в клинике мы нередко встречаемся с большими затруднениями при отнесении данного случая к той или иной форме.

Выводы: 1) В сернокислой магнезии мы имеем для лечения эссенциального энуреза ценное средство, которое заслуживает широкого применения.

2) Ежедневные внутримышечные инъекции 25% водного раствора $MgSO_4$ оказываются наиболее эффективными в дозах от 5 до 8 см³.

3) Из побочных явлений заслуживает упоминания лишь умеренная болезненность на месте инъекции в течение 1—3 часов после инъекции и, иногда, скоропреходящая слабость и головокружение.

4) Необходимо дальнейшее клиническое и экспериментальное изучение механизма действия препарата и установление более точных показаний к его применению.

Литература. 1) Войташевский Я. Б., Врач. газ., № 7, 1914 г.—2) Он же, Врач. дело, № 3—4, 1925. 3) Лейбфрейд и Тухшинд, Русск. вестн. дерм., № 3, 1927.—4) Куртадэ А., „О издержании мочи у детей“, перев. с фр. Мухаринского, 1914, СПб. 5) Файн Л. С., „Новос в медич.“, № 13, 1914.